



CONSIGLIO DI STATO

Sezione Consultiva per gli Atti Normativi

Adunanza del 25 novembre 2002

N. della Sezione: 3013/2002

OGGETTO:

Ministero della salute. Schema di d.P.R. recante “Regolamento di organizzazione del Ministero della salute”.

La Sezione

Vista la relazione trasmessa con nota prot. n. 100.1/2185-G/4336, in data 9 agosto 2002, con la quale il Ministero della salute ha chiesto il parere del Consiglio di Stato

in merito allo schema di regolamento indicato in oggetto;

Visto il parere interlocutorio della Sezione reso dall’adunanza in data 26 agosto 2002 e i relativi adempimenti, prevenuti alla Sezione in data 18 novembre 2002;

Esaminati gli atti e udito il relatore ed estensore, consigliere Luigi Carbone;

PREMESSO:

Riferisce l’amministrazione che la predisposizione del regolamento governativo in oggetto, recante norme di organizzazione del Ministero della salute, si è resa necessaria, da un lato, per ragioni di carattere prevalentemente formale, dovendosi sostituire l’ormai superato d.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435, relativo alla organizzazione del Ministero della sanità; e, dall’altro, per ragioni di carattere sostanziale, concernenti la definizione del ruolo del nuovo

Ministero, nel quadro delle competenze statali e regionali in materia sanitaria, tenuto anche conto dell'intervenuta modifica del Titolo V della parte seconda della Costituzione, per effetto della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Come già rilevato nel parere interlocutorio reso dall'adunanza del 26 agosto 2002, lo schema normativo in parola si compone di sette articoli e prevede che l'amministrazione centrale si suddivida in tre dipartimenti, denominati come segue: a) Dipartimento della qualità; b) Dipartimento dell'innovazione; c) Dipartimento della prevenzione e della comunicazione.

A loro volta, i predetti dipartimenti si suddividono, rispettivamente, in tre, tre e quattro direzioni generali, le funzioni delle quali vengono delineate dalle disposizioni del regolamento.

Dallo schema risulta che sono state sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in un incontro tenutosi il 2 maggio 2002. Lo schema è stato sottoposto all'esame del Consiglio dei Ministri in data 2 agosto 2002.

Con il parere interlocutorio della Sezione reso dall'adunanza del 30 agosto 2002, è stata chiesta l'acquisizione agli atti dei pareri del Dipartimento della funzione pubblica e del Ministero dell'economia e delle finanze.

I relativi adempimenti sono pervenuti in data 18 novembre 2002.

CONSIDERATO:

1. Come esposto in narrativa, lo schema di regolamento in esame opera la integrale sostituzione del d.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435, che disciplina il Ministero della sanità in un'ottica transitoria, consentita dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 (art. 55, comma 3) in relazione alla prevista soppressione di tale Ministero.

Tale esigenza di riorganizzazione – afferma la referente amministrazione – non è venuta meno con la successiva reintroduzione di un Ministero specificamente dedicato alla tutela della salute, avvenuta ad opera del decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217 (che lo denominava ancora “Ministero della sanità”), convertito dalla legge 3 agosto 2001, n. 317 (che ne ha anche modificato la denominazione in “Ministero della salute”, anche a segnare un ulteriore elemento di diversità rispetto al precedente Dicastero).

Pur avendo il Ministero in parola mantenuto, in grandissima parte, le attribuzioni ed i compiti del precedente Ministero della sanità, l'attuale Dicastero – sostiene la relazione allo schema in oggetto – necessita comunque di un diverso apporto, aderente il più possibile alle realtà, attuali e in divenire, senza trascurare aspetti di continuità “che tuttavia non debbono assolutamente ricondursi o assimilarsi ad un mero fenomeno di successione ereditaria”.

Il processo di riorganizzazione andrà, poi, proseguito con la disciplina degli uffici di diretta collaborazione del Ministro della salute, da emanarsi con regolamento *ad hoc*.

2. La seconda linea direttrice della riforma organizzativa individuata dalla riferente amministrazione è quella, più propriamente sostanziale, di una migliore definizione del ruolo del Ministero nel quadro evolutivo delle competenze regionali in materia sanitaria.

Sul punto, la relazione di accompagnamento afferma che la ricognizione delle competenze statali va effettuata sulla base del riparto attualmente delineato nel Titolo IV, Capo I, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che “appare, nel complesso, tuttora valida e non emerge, anche nella prospettiva di un ampliamento delle competenze regionali non solo ai profili gestionali, ma anche alle politiche territoriali locali di governo della salute e delle condizioni igienico-ambientali e di lavoro, alcun rischio di interferenza dei rispettivi compiti e finalità”.

La principale dottrina ha avuto modo di affermare che la riforma generale del 1998, se da un lato ribadisce principi non nuovi nel nostro ordinamento, ivi compreso quello dell'esplicita riallocazione in capo alle autonomie territoriali della generalità delle competenze sanitarie, con la sola esclusione di quelle puntualmente riservate allo Stato (articolo 114 del decreto legislativo n. 112), dall'altro opta per una “interpretazione lata” del dettato della legge delega n. 59 del 1997 laddove specifica (all'articolo 114, comma 2) che “*i conferimenti di cui al presente capo si intendono effettuati come trasferimenti, con la [sola] esclusione delle funzioni e dei compiti amministrativi concernenti i prodotti cosmetici, effettuati a titolo di delega*”. La specificazione del titolo giuridico (“*trasferimento*”) in base al quale si è realizzata la riallocazione delle funzioni e compiti in capo alle Regioni – specificazione che non compare così chiaramente in altre parti del medesimo decreto legislativo n. 112 – è stata definita dalla coeva dottrina “di particolare importanza”, consentendo “alle potestà regionali di esplicitarsi appieno: quanto al profilo amministrativo, grazie al fatto che lo Stato potrà emanare atti di indirizzo e coordinamento anziché di direttiva; quanto al profilo normativo, per la circostanza che le Regioni saranno in grado di esercitare la propria competenza legislativa concorrente e non solo di adottare norme di mera attuazione”. Sotto quest'ultimo profilo delle funzioni normative, il quadro definito dal decreto legislativo n. 112 appare riconfermato e rafforzato dalla riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione operata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 che (come si avrà modo di specificare meglio *infra*, al punto 5), ricomprende ora espressamente la “*tutela della salute*” tra le materie di legislazione concorrente di cui al terzo comma dell'articolo 117.

I compiti riservati allo Stato dagli articoli da 115 a 126 del decreto legislativo n. 112 del 1998 (sui quali sono poi intervenuti, con limitate integrazioni, i decreti legislativi n. 229 del 19 giugno 1999 e n. 443 del 29 ottobre 1999) sono alla base della descrizione dei compiti ministeriali descritti dal decreto legislativo n. 300 del 1999, che nell'allora previsto Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dedicava due delle quattro aree funzionali di materie omogenee descritte dall'articolo 46, comma 1, alla tutela della salute (cfr., in particolare, le lettere a) e b) di quel testo).

Su questo assetto non ha ritenuto di incidere il decreto legge n. 217 del 2001, convertito dalla legge n. 317 del 2001, istitutivo del nuovo Ministero della salute. Anzi, la normativa da ultimo intervenuta ha recepito testualmente i compiti indicati dalle citate lettere a) e b) dell'originario articolo 46 del decreto n. 300: tali lettere sono, infatti, riprodotte senza modificazioni nelle attuali lettere a) e b) dell'articolo 47-*ter*, comma 1, del decreto legislativo n. 300, inserito dal decreto legge n. 217 del 2001 (non modificato, in questa parte, dalla legge di conversione).

Pertanto, il quadro legislativo attributivo dei compiti propri dello Stato, nel cui ambito deve muoversi il regolamento di organizzazione in esame, appare confermato – pur con la istituzione del nuovo Ministero della salute – nel passaggio dalla legislatura precedente a quella attuale.

3. Tanto premesso, il Ministero afferma però che “si è operata comunque una ulteriore rivisitazione, volta a privilegiare e dare effettivo contenuto alle esigenze di unitarietà ed uniformità che impongono la devoluzione di compiti e funzioni a livello centrale, per tutti gli aspetti di rilievo nazionale ed assai spesso anche sopranazionale”.

Questo Consiglio di Stato segnala come tale “rivisitazione” debba essere limitata alla migliore definizione di funzioni e compiti già specificati e attribuiti allo Stato dalla normativa di rango primario e non sia invece possibile, in questa sede di regolamento di organizzazione, incidere sull'assetto del riparto tra Stato e Regioni definito a livello legislativo. In altri termini, la citata “rivisitazione” dei compiti attribuiti allo Stato va limitata alla loro più efficiente organizzazione e distribuzione nell'ambito degli uffici ministeriali, senza però attribuire al livello statale nuove funzioni, ovvero sottrarvi funzioni esistenti, consentendo in tal modo, illegittimamente, al regolamento di organizzazione qui in esame di incidere su una disciplina di rango superiore.

Pertanto, la Sezione ritiene che debbano essere espunti dallo schema in oggetto, o comunque riformulati, i riferimenti testuali che, nella descrizione delle competenze delle singole direzioni generali del Ministero, possano, anche implicitamente, modificare l'assetto delle attribuzioni di funzioni e compiti definito dal citato decreto legislativo n. 112 del 1998, come integrato dalla

successiva normativa di rango legislativo di settore (cfr. soprattutto i già citati decreti legislativi n. 229 e n. 443 del 1999).

In particolare, la testuale descrizione delle funzioni delle singole direzioni generali agli articoli 2 (commi 3, 4 e 5), 3 (commi 3, 4 e 5) e 4 (commi 3, 4, 5 e 6) dello schema in oggetto appare eccessivamente analitica, specie ove raffrontata a quella delle direzioni generali di cui al vigente d.P.R. n. 435 del 2000, che pure ripartisce tra i vari uffici le medesime competenze statali attribuite al Ministero dalla disciplina legislativa; disciplina non modificata, come si è detto, dalla legge n. 317 del 2001.

In altri termini, se è possibile – e certamente meritorio – che la organizzazione della struttura dicasteriale venga completamente reinventata dallo schema in esame, e se anche appare ammissibile, in via eccezionale, disciplinare i nuovi dipartimenti ministeriali (tre) in modo difforme dalle aree funzionali previste dalla legge (due) – poiché in questo caso particolare (come si chiarirà meglio *infra*, al successivo punto 4) è la stessa legge n. 317 del 2001 a prevedere un numero massimo di dipartimenti difforme rispetto alle aree funzionali – non si può consentire che, in sede di regolamento di organizzazione, si possa intervenire sul tipo di competenze attribuite al Ministero, e in generale allo Stato, con disciplina legislativa, pena la illegittimità di tali ulteriori o diverse attribuzioni e, tra l'altro, la violazione dell'articolo 114 del decreto legislativo n. 112 del 1998, secondo cui, come si è visto, “*sono conferiti alle Regioni ... tutte le funzioni e i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato*” dagli articoli successivi dello stesso decreto legislativo o, comunque, con norma di rango primario.

4. Dopo avere accennato al ruolo del nuovo Ministero sia in rapporto agli altri dicasteri statali che alle competenze regionali, va ora esaminato il disegno riorganizzativo contenuto nello schema in esame, che come si è detto articola il Ministero in tre dipartimenti.

L'iniziale previsione del decreto legge n. 217 del 2001 considerava come strutture di primo livello del re-istituito Ministero della sanità le direzioni generali. La legge di conversione n. 317 del 2001 ha poi modificato tale scelta, inserendo anche il Ministero della salute tra quelli per i quali sono i dipartimenti a costituire le strutture di primo livello.

Come si è detto al punto 3, la legge n. 317 prevede – in via eccezionale rispetto al sistema concepito dal decreto legislativo n. 300 del 1999 – un numero di dipartimenti (quattro) difforme dalle aree funzionali di materie omogenee in cui si ripartiscono le funzioni di spettanza statale svolte dal Ministero (due). Ciò conferisce un significato particolare alla disposizione dell'ultimo periodo del comma 1 dell'articolo 47-*quater* del decreto n. 300 del 1999, come inserito nel

2001, secondo cui il numero dei dipartimenti, “*non superiore a quattro*”, si pone “*in relazione alle aree funzionali di cui all’articolo 47-ter*”, che come si è detto sono le stesse due previste nel 1999.

Tale anomalia della disciplina legislativa appare consentire al regolamento di organizzazione di operare una allocazione dei compiti tra i dipartimenti parzialmente difforme da quella enunciata, con disciplina di rango primario, nella descrizione delle aree funzionali omogenee del dicastero in esame da parte della legge n. 317 del 2001.

Lo schema in oggetto prevede un dipartimento in meno rispetto a quanto consentito dalla nuova legge n. 317 del 2001 e uno in più rispetto alla situazione attuale di cui all’articolo 1, comma 1, del d.P.R. n. 435 del 2000 (che rispecchia senza innovazioni il quadro legislativo precedente, fondato sulle due aree funzionali previste dal vecchio testo dell’articolo 46, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n. 300 del 1999).

Lo schema in esame abbandona, strategicamente, la tradizionale definizione delle aree di intervento del Ministero con riferimento a puntuali attività di gestione, che raggruppava da un lato l’ “ordinamento sanitario, la ricerca e l’organizzazione del Ministero” e dall’altro la “tutela della salute umana, la sanità pubblica veterinaria e i rapporti internazionali” (cfr. gli articoli 2 e 3 del d.P.R. n. 435 del 2000. Per contro, il disegno di riorganizzazione propende per una individuazione delle tre tematiche che, nell’universo sanitario, hanno ormai acquisito una posizione di assoluto rilievo:

1) la “qualità”, intesa non solo come valutazione di attività o di prestazione ma come requisito intrinseco ed essenziale delle medesime, alla luce della tutela costituzionale del diritto alla salute. In tale area tematica sono, quindi, fatte rientrare le funzioni statali di programmazione e di monitoraggio dei sistemi di garanzia della qualità del servizio sanitario nazionale, che comprendono non solo l’osservazione sul servizio all’utente, ma anche le competenze sulle professioni sanitarie, sulla formazione del personale e sulle relative esigenze informative;

2) l’ “innovazione”, intesa come utilizzo consapevole e condiviso dei dati scientifici in costante progresso attraverso il rigoroso filtro delle sperimentazioni. A tale dipartimento spetta l’esercizio dei compiti di propulsione e vigilanza per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica in materia sanitaria e per favorire la creazione di reti integrate di servizi sanitari e sociali per l’utenza, articolandosi in direzioni relative a farmaci, ricerca e personale. La Sezione rileva come la previsione di un apposito Dipartimento per la innovazione e la ricerca possa, tra l’altro, favorire la necessaria politica del Ministero di contrastare – d’intesa con il Ministero per l’istruzione, l’università e la ricerca e con il Dipartimento per gli italiani nel mondo – il deplorabile fenomeno della cd. “fuga dei cervelli”, che vede eccellenti ricercatori italiani,

soprattutto nel campo della ricerca sanitaria, costretti ad operare all'estero per la mancanza in Italia, di strutture e soprattutto di politiche adeguate, alle quali è auspicabile che la nuova organizzazione ministeriale possa contribuire a porre un rimedio;

3) la “prevenzione e comunicazione”, attività non coincidenti ma certo fortemente connesse e complementari e, quindi, attribuibili ad un unico responsabile di livello dipartimentale: prevenzione sanitaria, comunicazione e rapporti internazionali, cui si aggiunge la sanità veterinaria e degli alimenti.

Nell'ambito del suddetto ripensamento organizzativo, il numero complessivo delle direzioni generali (dieci) è ridotto di una unità rispetto a quelle esistenti (undici).

Difatti, il Dipartimento della qualità (articolo 2 dello schema) prevede tre direzioni generali (una “direzioe generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema”; una “delle risorse umane e professioni sanitarie” e una “del sistema informativo”), in luogo delle cinque direzioni generali dell'esistente Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione del Ministero (articolo 2 del d.P.R. n. 435 del 2000, che prevede, oltre alle equivalenti delle tre direzioni generali suindicate, anche una direzione della ricerca sanitaria e una dell'organizzazione, bilancio e personale).

Anche il Dipartimento dell'innovazione (articolo 3 dello schema) si articola in tre direzioni generali (“dei farmaci e dispositivi medici”; “della ricerca scientifica e tecnologica”; “del personale, organizzazione e bilancio”), laddove l'esistente Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali (all'articolo 3 del d.P.R. n. 435 del 2000), ne prevede il doppio (promozione della salute; ricerca, sperimentazione, produzione e commercializzazione dei medicinali per uso umano; tutela della salute e del benessere degli animali; rapporti giuridici ed economici in materia di assistenza sanitaria nell'ambito dell'Unione Europea e in abito extracomunitario; relazione sullo stato sanitario del Paese; partecipazione dell'amministrazione sanitaria alle attività degli organismi internazionali e sovranazionali).

Nel terzo Dipartimento, quello della prevenzione e della comunicazione – creato, innovativamente, dallo schema organizzativo in esame (articolo 4) – sono previste quattro direzioni generali: della prevenzione sanitaria; della sanità veterinaria e degli alimenti; della comunicazione e relazioni istituzionali; dei rapporti internazionali. L'inserimento, in tale terzo dipartimento, anche della direzione generale della sanità veterinaria e degli alimenti, pur se potrebbe forse dare adito a qualche perplessità, trova giustificazione – secondo la condivisibile motivazione del Ministero referente – nella prevalenza, in tema di sanità veterinaria, degli aspetti nutrizionali generali che interessano indistintamente

tutta la popolazione, e non soltanto coloro che devono ricorrere alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

5. La Sezione esprime il proprio parere favorevole sul nuovo assetto proposto riguardo alla risistemazione e la razionalizzazione delle strutture organizzative del Ministero della salute, con le considerazioni di natura generale che seguono.

Ad avviso di questo Consiglio di Stato, va segnalato il carattere ancora non definitivo dell'assetto organizzativo del Ministero, che dovrà comunque conseguire all'adeguamento della disciplina sostanziale dell'intera materia della "tutela della salute" in ossequio alla riforma Titolo V della Costituzione.

Come si è accennato *retro*, al punto 2, il nuovo testo dell'articolo 117 Cost. introdotto dalla legge costituzionale n. 3 del 2001 non prevede, in tale settore organico, alcuna competenza legislativa esclusiva da parte dello Stato (se si eccettua la generale "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*" di cui alla lettera *m*) del nuovo secondo comma dell'articolo 117), con ciò differenziandosi anche da materie assimilabili, per certi versi, a quella in esame, quale, ad esempio, la pubblica istruzione, cui è dedicata la lettera *n*) del secondo comma dell'articolo 117.

L'articolo 117 Cost. ricomprende, invece, espressamente la "*tutela della salute*" tra le materie di legislazione concorrente del terzo comma, in cui alle Regioni spetta la funzione normativa generale e allo Stato è riservata soltanto la "*determinazione dei principi fondamentali*" ed è precluso l'esercizio di ogni potere regolamentare (tranne quello di organizzazione amministrativa, come nel caso di specie: lettera *g*) dell'articolo 117, secondo comma). Ciò pone, tra l'altro, il problema della cd. normativa tecnica, tradizionalmente adottata con regolamento dello Stato, governativo o ministeriale, nella parte non rientrante nella lettera *m*) dell'articolo 117, secondo comma: per alcune norme tecniche può apparire, comunque, necessaria una definizione unitaria a livello nazionale. Questa Sezione osserva come, in futuro, per rispettare il nuovo riparto di funzioni normative tra Stato e Regioni, la legislazione statale sostanziale "di principio" potrebbe demandare la definizione di tale normativa tecnica non ad atti regolamentari ma ad atti amministrativi generali del Ministero.

Alla luce del descritto quadro ordinamentale, può affermarsi che – anche a voler prescindere da ogni considerazione *de iure condendo* e, quindi, a non voler considerare le prospettive di ulteriore riforma costituzionale (nella direzione della cd. *devolution*) – già oggi la rinnovata disciplina costituzionale consente (a riconferma e rafforzamento del ricordato "trasferimento" già operato dal decreto n. 112 del 1998) un esercizio di compiti e funzioni, sia normativi che

amministrativi, da parte delle Regioni e di tutte le autonomie territoriali, considerevolmente più ampio di quello possibile nella legislatura precedente.

Da tale disciplina possono desumersi alcuni rilevanti principi nella materia in esame, che offrono spunti significativi anche per i profili di organizzazione generale.

Come è stato osservato anche dalla dottrina, le politiche volte al benessere (il cd. *welfare*) dei cittadini e, in particolar modo, alla tutela della salute implicano, a livello centrale, una visione “olistica”, d’insieme, che non faccia prevalere gli aspetti “curativi”, assistenziali, su quelli strategici e preventivi, che non sacrifichi una politica di pianificazione, anche nel medio e lungo periodo, rispetto alla quotidiana erogazione dei servizi. In questa ottica, appare particolarmente commendevole il capovolgimento, quantomeno a livello statale, del tradizionale approccio per problemi “di settore” – che richiede ovviamente strutture specializzate a seconda dei campi di intervento – e la concentrazione in strutture ministeriali “forti”, di grande programmazione e di impulso, oltre che di controllo e di regolazione tecnica, nei confronti delle amministrazioni di programmazione a livello regionale e di gestione.

Per converso, le medesime politiche di *welfare* richiedono un’applicazione del principio di sussidiarietà più forte che in altri campi. E questo vale per entrambe le direzioni in cui si sviluppa questo principio. Innanzitutto, come si è già ampiamente detto retro, al n. 2, questo vale per la cd. “sussidiarietà verticale”, con la necessità di una conseguente, considerevole devoluzione a Regioni e Autonomie locali dei relativi compiti non solo operativi, ma anche normativi, strategici e di programmazione sul territorio.

In secondo luogo, andranno tenute in adeguata considerazione le possibili conseguenze sulla disciplina organizzativa del Ministero della salute e, in generale, le potenzialità che potranno scaturire, in futuro, dal perseguimento della cd. “sussidiarietà orizzontale”, principio generale introdotto dall’articolo 118, ultimo comma, della Costituzione, nel testo novellato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001, disponendo che “*Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà*”. Come è stato affermato da autorevole dottrina pubblicistica e ribadito da questa Sezione con i pareri n. 1354 e n. 1794 del 2002 (resi rispettivamente dalle adunanze del 1° luglio e 26 agosto 2002), tale principio costituisce “il criterio propulsivo in coerenza al quale deve da ora svilupparsi, nell’ambito della società civile, il rapporto tra pubblico e privato anche nella realizzazione delle finalità di carattere collettivo”. Naturalmente – afferma, tra l’altro, il menzionato parere n. 1354/02 – resta pur sempre nell’autonomia del legislatore accompagnare l’attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale con l’individuazione di strumenti di vigilanza e di

controllo, prospettiva che appare particolarmente rilevante nella materia in esame, della tutela della salute.

Tali considerazioni – se non incidono sulla necessità, che questo Consiglio di Stato ribadisce, di una celere emanazione della nuova disciplina organizzativa secondo le scelte strategiche dello schema in oggetto, senza attendere la riforma sostanziale del settore – appaiono richiedere, quantomeno, una adeguata integrazione delle motivazioni di accompagnamento allo schema regolamentare in esame.

In altri termini, la Sezione rileva come le disposizioni organizzative in esame non tengano ancora conto del nuovo assetto del sistema “a legislazione concorrente” della tutela della salute conseguente alla riforma del Titolo V della Parte II della Costituzione.

Nel quadro descritto, alla legislazione sanitaria regionale sembra demandato un ruolo non meramente applicativo, ma “di completamento”, integrativo e di dettaglio: i “*principi fondamentali*” della materia della tutela della salute di cui al terzo comma dell’articolo 117 Cost. riguardano l’ispirazione fondamentale degli interventi legislativi delle regioni ma non costituiscono, in senso proprio, una disciplina generale compiuta (a differenza di quanto potrebbe accadere per l’istruzione, cui è dedicata la lettera *n*) del secondo comma dell’articolo 117).

Nell’ottica della riforma costituzionale e della sua piena attuazione alla stregua degli esposti principi, con le connesse conseguenze anche sul profilo finanziario, il sistema della tutela della salute andrà rivisitato, in primo luogo, sotto il profilo della individuazione delle residue funzioni da conservare in capo allo Stato dopo la piena devoluzione di ulteriori compiti normativi e amministrativi a regioni e comuni e dopo la verifica dell’applicabilità del principio di sussidiarietà orizzontale e dei suoi limiti.

Come si è detto, le strutture organizzative del Ministero, al momento, non possono tener conto del nuovo assetto conseguente alla riforma del Titolo V, ancora da disegnare, a livello “sostanziale”, con legge generale dello Stato. Una volta che la descritta nuova disciplina di principio del sistema-sanità sarà introdotta con legge generale dello Stato, risulteranno suscettibili di revisione anche le disposizioni del presente regolamento, che costituisce l’interfaccia “organizzativo” del sistema per ciò che riguarda il livello di intervento statale, tenendo conto del fatto che il nuovo assetto accentuerà ulteriormente i suoi compiti di indirizzo e coordinamento rispetto a quelli più strettamente operativi e gestionali.

In tale ottica, potranno verosimilmente risultare superflui, o comunque ridondanti, alcuni dei compiti qui disciplinati e, soprattutto, alcune delle strutture organizzative qui previste.

In altri termini, se oggi è necessaria una continuità organizzativa con il passato certamente garantita dallo schema in oggetto – che pure presenta significative innovazioni con la generale riconfigurazione dei dipartimenti e delle direzioni generali – nella attuazione a livello sostanziale dei principi costituzionali introdotti nel 2001 andrà rivista anche la struttura organizzativa del servizio della “tutela della salute”, tenendo conto che alcune funzioni ora attribuite agli uffici ministeriali potrebbero essere devolute alle Regioni o alle altre Autonomie territoriali.

6. Sotto il diverso, e più specifico, profilo della copertura della spesa, questo Consiglio di Stato osserva come lo schema in oggetto preveda un capo dipartimento in più rispetto ai due attualmente esistenti presso il Ministero.

Ad essi compete, come afferma la stessa relazione tecnico-finanziaria di accompagnamento allo schema in esame, un trattamento economico accessorio maggiorato del 30 per cento rispetto a quello dei dirigenti di uffici di livello dirigenziale generale previsto dal vigente ordinamento.

In proposito, non appare ben chiaro alla Sezione come sia sufficiente a rispettare il principio dell’invarianza della spesa prevedere la sola contestuale riduzione, nella dotazione organica del Ministero della salute, di un dirigente di primo livello del ruolo sanitario, poiché il risparmio della spesa relativa alla posizione di dirigente di prima fascia non appare coprire anche la suddetta maggiorazione de 30 per cento spettante ai capi dipartimento.

A tal fine – e in presenza, comunque, della conferma del rispetto del principio di invarianza della spesa ad opera del richiesto, specifico concerto dei dicasteri dell’economia e della funzione pubblica – appare alla Sezione opportuno che la motivazione di tale operazione sia meglio specificata indicando, ad esempio, che la copertura della maggiorazione del trenta per cento si rinviene in una contestuale riduzione dei compensi contrattuali previsti per i nuovi direttori generali e degli stessi capi dipartimento, nella parte negoziabile.

7. La Sezione segnala, inoltre, con riferimento alla prevista “direzione generale dei rapporti internazionali” nell’ambito del Dipartimento della prevenzione e della comunicazione, l’inadeguatezza di classificare i rapporti con l’Unione Europea alla stregua di “rapporti internazionali”.

Ciò in considerazione della natura ontologicamente diversa della partecipazione dell’Italia all’Unione Europea (con i noti, rilevantissimi riflessi sull’ordinamento interno) rispetto a quella della partecipazione alle organizzazioni multilaterali e agli altri rapporti internazionali.

La denominazione e le funzioni di tale direzione generale andranno, pertanto, integrate in riferimento alla specificità dei rapporti con l’Unione europea rispetto alle ordinarie relazioni internazionali.

8. La disciplina dello schema si completa con la attribuzione alle direzioni generali ministeriali anche di compiti di accertamento e di ispezione (articolo 5) e con la previsione di una ulteriore regolamentazione, con decreto ministeriale di natura non regolamentare, degli “uffici centrali e periferici di livello dirigenziale non generale” (articolo 6, comma 3).

Riguardo a quest’ultima norma, la Sezione segnala la necessità di espungere il riferimento agli “uffici periferici” in presenza di una disposizione come quella dell’articolo 47-*quater*, comma 2, introdotto dal decreto legge n. 217 del 2001, che recita: *“le funzioni già svolte dal Ministero della sanità sono attribuite agli uffici territoriali del Governo di cui all’articolo 11. Per lo svolgimento delle funzioni interenti alla tutela sanitaria e veterinaria, gli uffici territoriali possono avvalersi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, sulla base di apposite convenzioni”*. Tale norma di rango legislativo non sembra consentire una ulteriore articolazione del Ministero della salute in uffici periferici propri e diversi da quelli degli uffici territoriali di Governo o dalle aziende sanitarie o ospedaliere, d’altronde non previsti neppure dallo schema in esame se non in questo accenno del comma 3 dell’articolo 6.

9. La Sezione, infine, segnala la necessità, sotto il profilo meramente formale, di adeguare la redazione dell’articolo 2, commi 3, 4 e 5; dell’articolo 3, commi 3, 4 e 5; e dell’articolo 4, commi 3, 4, 5 e 6 agli ordinari criteri di *drafting* delle disposizioni normative.

In particolare – salvo quanto già osservato, da un punto di vista sostanziale, al n. 3 – è necessario sostituire, all’interno di ciascuno dei commi elencati, i “quadretti” descrittivi delle competenze delle direzioni generali con una progressione di lettere (*a*), (*b*), (*c*), ... etc.), che segna la suddivisione interna dei commi.

Alla stregua delle esposte considerazioni, questo Consiglio esprime parere favorevole con osservazioni allo schema in oggetto.

P.Q.M.

Esprime parere favorevole con osservazioni sullo schema di regolamento governativo in oggetto.

Per estratto dal verbale
Il Segretario dell’Adunanza
(Licia Grassucci)

Visto
Il Presidente della Sezione
(Tommaso Alibrandi)